FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LILLE

Année Scolaire 1906-1907 — N° 14

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Vendredi 15 Février 1907, à 5 heures

Par M. DUBOIS (Léon)

Né le 8 Janvier 1878, a Somain (Nord)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

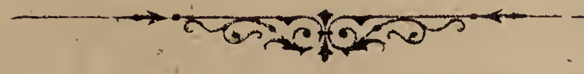
FIBROMES DU CORDON SPERMATIQUE

Le Candidat répondra, en outre, aux questions qui lui seront adressées sur les différentes parties de l'enseignement médical.

Président de la thèse : M. CURTIS.

Suffragants : MM. CARLIER. GAUDIER. DELÉARDE.

Suppléant : M. PATOIR.



LILLE

E. Dufrénoy, Éditeur

145, Rue des Stations, 145

1907

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LILLE

ANNÉE SCOLAIRE
1906-1907

N° 14

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Vendredi 15 Février 1907, à 5 heures

Par M. DUBOIS (LÉON)

NÉ LE 8 JANVIER 1878, A SOMAIN (NORD)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

FIBROMES DU CORDON SPERMATIQUE

Le Candidat répondra, en outre, aux questions qui lui seront adressées sur les différentes parties de l'enseignement médical.

Président de la thèse : M. CURTIS.

Suffragants : MM. CARLIER.
GAUDIER.
DELÉARDE.

Suppléant : M. PATOIR.



LILLE
E. DUFRÉNOY, ÉDITEUR
145, Rue des Stations, 145

1907

UNIVERSITÉ DE LILLE

FACULTÉ
DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

Doyen de la Faculté : M. COMBEMALE (I. ⚘ M).

Clinique médicale :	MM. LEMOINE (I. ⚘),	professeur.
	COMBEMALE (I. ⚘, M),	id.
Clinique chirurgicale :	FOLET (✹, I. ⚘),	id.
	DUBAR (✹, I. ⚘),	id.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques :	CHARMEIL (I. ⚘),	id.
Clinique obstétricale :	GAULARD (I. ⚘),	id.
Clinique ophtalmologique :	BAUDRY (✹, I. ⚘, ✠),	id.
Pathologie interne et expérimentale :	SURMONT (I. ⚘),	id.
Pathologie externe et Clinique des maladies des voies urinaires :	CARLIER (I. ⚘),	id.
Anatomie pathologique et pathologie générale :	CURTIS (I. ⚘),	id.
Hygiène et Bactériologie :	CALMETTE (O. ✹, I. ⚘, ✠),	id.
Thérapeutique :	CARRIÈRE (A. ⚘),	chargé du cours.
Médecine légale :	PATOIR	id.
Physiologie :	WERTHEIMER (I. ⚘),	professeur.
Anatomie :	DEBIERRE (✹, I. ⚘),	id.
Histologie :	LAGUESSE (I. ⚘),	id.
Chimie minérale et toxicologie :	LESCŒUR (I. ⚘),	id.
Chimie organique :	LAMBLING (I. ⚘),	id.
Physique médicale :	DOUMER (I. ⚘),	id.
Matière médicale et Botanique :	FOCKEU (✠, ✹, I. ⚘),	id.
Pharmacie et pharmacologie :	GÉRARD (Ernest) (A. ⚘),	id.
Zoologie médicale et pharmaceutique :	VERDUN (A. ⚘),	id.
Parasitologie :	Th. BARROIS (C. ✠, I. ⚘),	id.

COURS COMPLÉMENTAIRES

Cilnique médicale des maladies des enfants et syphilis infantile :	DELÉARDE (A. ⚘),	chargé du cours.
Clinique chirurgicale des enfants :	GAUDIER (A. ⚘),	id.
Médecine opératoire :	LAMBRET (A. ⚘),	id.
Accouchements et Hygiène de la première enfance :	MM. OUI (A. ⚘),	professeur adjoint.
Maladies du système nerveux :	INGELRANS,	chargé du cours.
Pathologie externe :	LE FORT,	chargé du cours.
Médecine mentale :	RAVIART,	chargé du cours.

Doyens honoraires : MM. FOLET (✹, I. ⚘) et DE LAPERSONNE (✹, I. ⚘).

Professeurs honoraires : MM. MONIEZ (✹, I. ⚘), MORELLE (I. ⚘).

Agrégés en exercice : MM. BÉDART (✠, I. ⚘), CARRIÈRE (A. ⚘), DELÉARDE (A. ⚘), GAUDIER (A. ⚘), PATOIR (A. ⚘), LAMBRET (A. ⚘), GÉRARD (Georges) (A. ⚘), VALLÉE (A. ⚘), INGELRANS, LE FORT, BUÉ (A. ⚘).

Agrégé libre : M. THIBAUT (✠, I. ⚘).

La Faculté a décidé que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend y attacher aucune approbation ni improbation. (Décision de la Faculté en date du 28 Février 1878).

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE
ET DE MON FRÈRE

—

A MA MÈRE

Faible témoignage de reconnaissance
et d'amour filial.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR CURTIS

Professeur d'Anatomie pathologique
Officier de l'Instruction publique

INTRODUCTION

Nous avons été témoin, l'an dernier, d'une opération de fibrome du cordon. C'était la première fois que nous rencontrions cette tumeur durant le cours de nos études. M. le Professeur Delassus, à qui nous faisions cette remarque, n'avait pas été plus heureux que nous : jamais auparavant il n'avait vu, ni opéré de tumeur du cordon.

Nous avons recherché dans la littérature médicale les cas de fibrome du cordon, et, vu le petit nombre des observations signalées antérieurement (8 cas seulement), nous résolûmes d'en faire le sujet de notre thèse.

Nous diviserons ce modeste travail en plusieurs chapitres. Après avoir fait brièvement l'historique de la question, nous donnerons les observations que nous avons rencontrées dans les ouvrages de médecine ; nous étudierons ensuite l'étiologie, la pathogénie, les symptômes, le diagnostic, et enfin le traitement de la tumeur.

Avant de commencer cette étude, nous tenons à remercier tous les Professeurs de la Faculté libre de

Médecine qui ont contribué à notre formation médicale.

Nous remercions en particulier M. le Professeur Delassus et M. le Professeur Augier, qui nous ont aidé et dirigé dans la rédaction de notre thèse.

Nous avons toujours trouvé en M. le Professeur Augier, un maître dévoué et bienveillant. Nous tâcherons de mettre en pratique les conseils qu'il nous a si largement distribués pendant le temps que nous avons passé avec lui à l'Hôpital des Enfants, et nous le prions d'agréer l'expression de notre profonde reconnaissance.

Que M. le Docteur Danel, que nos amis Le Gland et Féré acceptent nos remerciements pour l'aide qu'ils nous ont apportée.

M. le Professeur Curtis a bien voulu accepter la présidence de notre thèse ; nous sommes très sensible au grand honneur qu'il nous fait, et nous lui adressons nos remerciements respectueux.

HISTORIQUE

Les tumeurs fibreuses de l'appareil génital ne sont connues et admises que depuis une époque relativement récente. Avant 1846, on n'en trouve aucune mention dans la littérature médicale ; leur existence était inconnue et même niée par les auteurs, si bien que Velpeau (dans le *Dictionnaire en 30 volumes*, tome XXIX, page 486), écrivait : « La structure du *testicule* ne paraît point convenir à l'établissement des productions fibreuses. On n'a signalé jusqu'à présent qu'un seul exemple de corps fibreux dans la substance même de cet organe. C'est M. Marjolin qui l'a rencontré et la publication en est due à M. Cruveilhier. L'histoire de ce genre d'altération est encore trop incomplète pour qu'il soit utile de s'y arrêter longuement ici : ce ne serait que par supposition que je pourrais en indiquer la marche, le pronostic et la thérapeutique ».

En 1848, paraît la thèse de Malgaigne sur les tumeurs du cordon, où il n'est pas fait mention du fibrome.

En 1854, paraissent deux observations de fibrome

du cordon, l'une due à Lenoir et qui est relatée dans le *Bulletin de la Société Anatomique*, l'autre due à Letiévant et que l'on trouve relatée dans les *Mémoires et Comptes-rendus de la Société des Sciences médicales de Lyon.*

En 1857, Curling, dans son *Traité sur les maladies du testicule et du cordon spermatique*, rapporte seulement quelques cas de tumeurs fibreuses épididymaires, sans description concomitante qui permette de tirer une symptomatologie et un diagnostic un peu complet.

C'est en 1858 que paraît, avec la thèse de Poisson, le premier travail sur les tumeurs fibreuses du cordon. Après avoir relaté quelques observations, il fait la description des tumeurs fibreuses et, le premier, nous donne la symptomatologie, le diagnostic et le traitement de ces tumeurs.

En 1864, paraît une nouvelle observation de Dubois (d'Abbeville) sur un cas de fibrome du cordon. La pièce est présentée par M. Verneuil à la Société de Chirurgie.

Cette présentation est suivie d'une seconde à la Société Anatomique de Paris, par Louvet, avec examen microscopique fait par Hayem. Il s'agit d'une tumeur fibro-plastique développée aux dépens de la queue de l'épididyme et de la première portion du cordon.

En 1877, Tizzoni et Parona publient un cas de tétanos qui serait consécutif à l'ablation d'un fibrolipome du cordon spermatique.

En 1881, Daniel Molière, dans son article du *Dictionnaire des Sciences médicales*, sur le cordon spermatique, parlant des fibromes du cordon, écrivait : « Disons tout d'abord qu'ils sont excessivement rares. Peut-être même faut-il, au point de vue anatomique, rester dans le doute». Et plus loin, il disait encore : « Nous n'inscrivons donc, sur la liste des tumeurs primitives du cordon, l'espèce fibrome qu'avec un point d'interrogation. » Pour cet auteur, les tumeurs que l'on prend pour des fibromes sont des sarcomes fasciculés qui se développent sous la peau, un peu dans toutes les régions, et qui n'ont du fibrome que l'aspect blanc et dur.

En 1884, Brossard, dans son travail sur les tumeurs solides du cordon spermatique, admet l'existence du fibrome et, d'après les deux observations qu'il possède, assigne à ce genre de tumeurs les caractères anatomiques suivants : « Ces tumeurs se développent lentement et peuvent atteindre peu à peu un volume considérable. Leur tissu, assez élastique, crie sous le scalpel ; il est peu riche en vaisseaux sanguins et se compose de lobes arrondis, dont le centre proémine sur la coupe. Ces tumeurs sont entourées par les enveloppes du cordon, dont les éléments sont adhérents au tissu morbide. Enfin, ces tumeurs peuvent être le siège de dégénérescence muqueuse ou graisseuse, et même d'ossification. Les ganglions correspondants sont toujours sains ».

En 1887, Alombert Goget, dans sa thèse, sans nier, d'une façon aussi catégorique que Daniel

Molière, l'existence des fibromes du cordon, nous dit, après avoir cité trois observations de fibrome : « Les détails micrographiques sont trop défectueux pour qu'on puisse affirmer qu'il s'agissait bien de fibromes. Quant à l'aspect nacré de la coupe, on peut l'observer dans le sarcome dur. »

En 1897, Duroyer, dans sa thèse sur les tumeurs du cordon, fait une courte description du fibrome. Il admet l'existence de ces tumeurs bien qu' « elles doivent être très rares ».

Enfin, en 1904, paraît, dans la *Revue de Chirurgie*, un travail, le plus complet qui soit paru jusqu'à présent sur les fibromes du cordon, par MM. Bruneau et Condo de Satriano.

OBSERVATIONS

Observation I

Lenoir. — *Tumeur fibreuse du cordon.*

M. Lenoir présente une tumeur fibreuse qu'il a enlevée, en même temps que le testicule, et qui siégeait dans l'épaisseur du cordon, vers sa partie moyenne. Elle datait d'un an environ. Il restait quelque indécision sur sa nature. Pendant l'opération, on put voir que cette production nouvelle avait dissocié les éléments du cordon. Les veines et les nerfs étaient en avant, et le canal déférent en arrière.

Observation II

Letiévant. — Relatée dans les comptes-rendus de la Société des Sciences Médicales de Lyon et a pour titre : *Tumeur fibro-graisseuse du cordon, énucléation, gangrène et mort.*

Observation III

Fergusson. — *The Lancet* (1856), t. II, page 11. *Tumeur fibreuse du scrotum enveloppant le testicule gauche et s'étendant dans le canal inguinal.*

Jean C., fermier, âgé de 49 ans, est admis à l'hôpital le 26 avril 1856, avec une tumeur du scrotum volumineuse, lobulée, paraissant fluctuante.

Il y a 10 ans, il s'est aperçu d'une tumeur, grosse comme une noix, dans le côté gauche du scrotum, accompagnée de douleurs lancinantes. Entré à l'hôpital, dans le service de M. Fergusson, en juin 1854, il y subit une opération qui devait le débarrasser de son mal. Tout caractère de malignité de la tumeur avait été écarté. Dans le cours de l'opération, M. Fergusson trouva le testicule libre de toute connexion avec la tumeur, et situé à sa partie inférieure. Aussitôt, il se garda bien d'y toucher, ainsi qu'au cordon, qui, situé au-dessus de la tumeur, s'était un peu allongé.

Guérison paraissant complète.

Dix-huit mois après, nouvelle tuméfaction à gauche de la ligne médiane du scrotum qui, deux mois après, s'accompagnait d'une autre tuméfaction, située beaucoup plus bas. Ces tumeurs, en augmentant de volume, remontent vers l'aîne et s'accompagnent de douleurs violentes.

Le scrotum est aujourd'hui distendu et tiraillé ; à gauche, se dessinent assez facilement deux tumeurs ayant l'apparence de kystes. La fluctuation est perçue sur tout le scrotum, excepté à droite, où le testicule est sain. La

tumeur remonte, dans la direction du canal inguinal, jusqu'au niveau de l'orifice cutané.

Opération, le 17 mai, sous chloroforme. La tumeur, extrêmement volumineuse, pénétrait dans le canal inguinal, et son extrémité supérieure remplissait le canal fermé du côté du péritoine. M. Fergusson fut obligé d'enfoncer une partie considérable de l'aponévrose du grand oblique, et d'inciser les muscles petit oblique et transverse. Ces incisions terminées, il se trouva que la tumeur était un fibrome et non un kyste, dont elle avait tous les caractères extérieurs. A la superficie, elle semblait divisée en plusieurs kystes, qui donnaient au toucher une sensation de fluctuation ; mais tous les lobes de la tumeur étaient bien composés de tissus fibreux.

24 juin. — Guérison après un peu de suppuration.

Observation IV

Gazette des Hôpitaux, 1864, p. 47. — *Tumeur fibro-plastique du cordon spermatique.* — M. Verneuil dépose, sur le bureau de la Société de Chirurgie, une tumeur fibro-plastique du cordon spermatique, et la note suivante, rédigée par M. Jules Dubois (d'Abbeville), accompagnant cette tumeur :

G..., 65 ans, batelier de profession, constitution vigoureuse ; maladies antérieures légères et de peu de durée ; pas de traces d'affections constitutionnelles.

Entré, le 25 novembre 1863, dans le service de chirurgie de l'Hôtel-Dieu d'Abbeville, pour se faire traiter d'une tumeur des bourses, il raconte que, il y a environ trois

ans, il a constaté la présence, le long du cordon spermatique gauche, d'une petite tumeur dure, mobile, indolente, qui serait survenue sans cause appréciable. La mobilité de la tumeur a toujours empêché l'application régulière d'un bandage, auquel il renonça sans chercher à appliquer d'autres remèdes.

La tumeur augmenta graduellement, sans manifester sa présence par d'autres signes que de la gêne et un sentiment de pesanteur, qui força le malade à faire usage d'un suspensoir.

Au moment de son entrée, il existe à gauche une tumeur indolente, non réductible, du volume d'un gros œuf d'oie, pyriforme, dont la petite extrémité s'engage dans le canal inguinal, élastique, d'une consistance identique à celle d'un fibrome, lourde, ne présentant ni fluctuation, ni pulsations.

Elle est placée sur le trajet du cordon spermatique, bien distincte de l'épididyme et du testicule que l'on perçoit facilement, malgré la présence d'un peu de sérosité dans la vaginale. Elle semble se prolonger jusque dans le canal inguinal. Toutefois, il est facile de s'assurer que le canal déférent a conservé son volume à peu près normal avant et après sa sortie de la tumeur, dans laquelle il paraît immergé. La tumeur est lisse au toucher, non adhérente, et n'offre que quelques bosselures séparées par des sillons profonds. La coloration de la peau est normale ; il n'y a pas de gonflement des ganglions inguinaux ; santé générale bonne ; fonctions régulières.

Diagnostic. — Fibrome ou bien tumeur fibro-plastique. La façon intime dont le cordon spermatique est englobé dans le fibrome ne permet pas de conserver le testicule ; il est convenu que ce testicule, quoique sain, sera retran-

ché. M. François circonscrit la tumeur par une double incision curviligne, la dissèque aussi loin que possible, et, avant de couper le cordon, applique un fil serré avec force. Il n'y eut pas d'hémorrhagie. Deux ligatures seulement furent posées sur deux petites artérioles rampant dans les enveloppes de la tumeur. Puis la plaie fut réunie par première intention, à l'aide de plusieurs points de suture entrecoupés.

La dissection rapide de la tumeur démontre qu'elle est enveloppée, de toutes parts, par les tuniques propres du cordon spermatique, qu'il est facile de les en séparer, que le testicule et l'épididyme sont bien distincts, qu'à son entrée et à sa sortie le canal déférent est parfaitement normal ; en un mot, que cette production hétéromorphe s'est développée exclusivement sur le trajet du cordon et au milieu de ses éléments. Pas d'examen microscopique.

Observation V

Observation résumée, prise dans un travail de M. Brossard, interne des hôpitaux de Paris, sur les *tumeurs solides du cordon spermatique*, travail publié dans les *Archives générales de médecine* (septembre 1884). — Thèse de Poisson sur les tumeurs périddidymaires.

Tumeur des bourses, ayant 28 cent. de circonférence, chez un homme âgé de 52 ans, entré le 5 juin 1857, dans le service de M. Ricord. Le cordon du côté malade paraissait sain, quoiqu'il y eut un peu d'hypertrophie du canal déférent. Cette tumeur présente deux portions distinctes : l'une, de 6-7 cent. de hauteur, formée probable-

ment par le testicule et un kyste du cordon ; l'autre, au-dessous et en dedans, composée d'une masse dure, homogène, avec prolongement conique à la partie inférieure. Cette dernière, sous-cutanée, présente une sensation de fluctuation profonde, cachée par une paroi épaisse et tendue comme lors d'hématocèle à parois épaisses. La transparence est nulle.

On porte le diagnostic d'une affection kystique du testicule ou plutôt d'une hématocèle.

Opération. — Le 18 juin, Ricord fait une ponction exploratrice, qui donne issue à quelques gouttes de sang rutilant. On reconnaît alors qu'on a affaire à une tumeur solide et on craint un encéphaloïde.

On fait une incision, depuis l'anneau inguinal externe jusqu'au sommet des bourses, et l'on trouve une tumeur enveloppée d'une membrane fibreuse et blanchâtre, sous laquelle existe un tissu blanchâtre homogène et solide.

Ablation complète de la tumeur, en saisissant le cordon dans les mors d'une pince et en sectionnant au-dessous. On lie les vaisseaux et l'on réunit la plaie par des serre-fines.

Examen de la tumeur. — Tumeur arrondie, du volume d'un gros poing, enveloppée d'une membrane blanche, fibreuse, et suspendue à l'extrémité d'un cordon sain, coupé à 3 cent. de son insertion à la tumeur. Kyste en haut, du volume d'un œuf de pigeon, paraissant partir de la tête de l'épididyme ; canal déférent sur la paroi interne de la tumeur, au-dessous de la tunique fibreuse commune au cordon et au testicule ; le canal se perd dans le tissu morbide après un trajet de 4 cent. sur la tumeur.

Tumeur supérieure longue de 5 cent. et large de 3 cent.,

constituée par le testicule entouré par une membrane épaisse formée par la tunique fibreuse commune et la vaginale confondues. Substance testiculaire parfaitement saine, d'un gris-rosé et légèrement jaunâtre. L'épididyme coiffe la partie supérieure du testicule et fournit, par sa portion supérieure interne, le kyste dont nous avons parlé. Pas d'altération du corps d'Highmore.

L'épididyme, situé à la partie interne de la tumeur, est un peu aplati en bas ; mais la dissection la plus attentive ne permet pas de retrouver la moindre continuité entre la queue de l'épididyme et la terminaison du canal déférent. Cette solution de continuité tient probablement au développement primitif de la maladie, immédiatement en dehors de la queue épididymaire, à la naissance du canal déférent.

La coupe de la tumeur est d'un blanc-nacré, légèrement jaunâtre, avec petit piqueté rougeâtre, peu abondant, représentant l'ouverture des vaisseaux. Elle présente deux sortes de tissu, l'un d'un blanc-jaunâtre, prédominant, formant des masses arrondies à centre un peu saillant, occupant surtout les parties supérieures et circonférentielles de la coupe ; l'autre plus gris-bleuâtre, séparant les masses du premier tissu, à stries fibreuses plus prononcées et constituant principalement le centre de la coupe, c'est-à-dire la partie supérieure de la tumeur non ouverte. Tissu assez élastique, criant sous le scalpel, et fournissant un peu de suc blanchâtre.

L'examen microscopique, fait par le Dr Robin, fit reconnaître que la tumeur était entièrement composée des quatre éléments suivants :

1° Trame de fibres de tissu cellulaire, représentant environ le tiers de la masse, pas disposées en faisceaux, mais écartées les unes des autres et entrecroisées ;

2° et 3° Quantité considérable de matière amorphe, parsemée de granulations moléculaires grisâtres et d'une notable quantité de granulations graisseuses, assez abondantes pour être cause de la teinte jaunâtre du tissu ;

4° Capillaires peu nombreux, sans altération aucune.

Réunion de la plaie par première intention, dans la plus grande étendue; cicatrisation complète le 12 juillet.

Pas de récidive.

Observation VI

Tizzoni et Parona, 1877. *(Annali universali de med. e chir.*, volume CXXXIX, et Schmits Jahrb, volume CLXXXII, page 22.) — *Tétanos après ablation d'un fibro-lipome du cordon.*

C..., âgé de 45 ans, né de parents sains, mais aujourd'hui alcoolique et syphilitique.

La tumeur, qui siégeait dans le scrotum droit, présentait le volume du poing; elle avait grossi graduellement et, depuis 2 ans, était devenue plus dure. Elle s'étendait depuis l'orifice cutané du canal inguinal jusque dans le fond des bourses, et se continuait avec le cordon spermatique dont elle ne pouvait être détachée. Le testicule était sain.

On découvrait, par la fluctuation et au moyen de la lumière transmise, une petite quantité de liquide séreux à l'extrémité inférieure de la tumeur. Partout ailleurs, la consistance était ferme. On enleva la tumeur, et avec elle le testicule et la partie adjacente du cordon dont elle était inséparable. On lia le cordon avec une ligature élastique et la plaie fut fermée par suture entrelacée.

La cicatrisation fut complète en dix jours, après quoi le malade ayant pris froid, fut atteint de tétanos et mourut trois jours après.

L'autopsie ne put être faite.

Pour l'examen microscopique de la tumeur, on fit des coupes que l'on colora au carmin et au bois de campêche plusieurs fois de suite. Alors, on put constater une disposition normale des tissus, avec des travées fibreuses mêlées à des paquets de vaisseaux et de nerfs. Les vaisseaux étaient le siège d'une inflammation oblitérative et, dans plusieurs endroits, étaient complètement obstrués par une prolifération épithéliale. Dans les gaînes des nerfs, il semblait aussi y avoir une dilatation des espaces lymphatiques, avec épaississement de ces gaînes et infiltration des leucocytes.

Observation VII

Audry. — *Gazette des Hôpitaux*, 1887, p. 479.

C..., L., cultivateur, âgé de 57 ans, entre dans le service du docteur Poncet, à l'Hôtel-Dieu, le 18 août 1886.

Il n'a aucune espèce d'antécédents héréditaires, ni diathésiques. A 47 ans, il a été atteint d'une blennorrhagie banale.

Il y a deux ans, le malade aurait, à son dire, reçu, sur le testicule droit, un coup violent qui n'a d'ailleurs entraîné aucune suite fâcheuse appréciable.

En mai 1885, il s'aperçoit de la présence, sur la face postéro-externe de la moitié scrotale droite, d'une tumeur dure, indolente, du volume d'une noix. Peu de jours

après, apparaît une tumeur semblable, à la partie inférieure de la même région, et, affirme le malade, tout à fait indépendante de la précédente. Elles se sont rencontrées et accolées en enserrant le testicule.

Quoiqu'il en ait été, elles se développent avec une rapidité telle, qu'au mois de juillet, la tumeur avait acquis les dimensions du poing. Il y a deux mois que le scrotum a atteint les proportions qu'il présente à l'entrée du malade dans le service. Le testicule gauche est libre et facilement isolable sous la peau. Tout le reste des bourses est occupé par une tumeur du volume d'une tête d'enfant, manifestement divisée en son milieu, par un sillon qui la partage en deux lobes à peu près égaux.

Au niveau de ce sillon et à sa partie interne, la pression est douloureuse et réveille très nettement la sensation testiculaire.

La surface est lisse, unie et glisse bien sous la peau, qui est tendue et sillonnée par de grosses veines. La masse de la tumeur est absolument opaque et d'une extrême dureté. Elle est indolente ; on ne découvre pas d'adénite et l'état général est excellent.

M. le professeur Poncet diagnostique une tumeur mixte développée aux dépens de l'épididyme et ayant respecté le testicule.

Le 22 octobre, castration. L'énucléation de la tumeur et du testicule se fait très facilement. Le cordon est sectionné après une double ligature. Il n'y a pas d'hémorrhagie. Le malade guérit très rapidement ; et, le 15 avril 1887, dix-huit mois après l'opération, il nous écrivait qu'il était toujours complètement guéri et se portait parfaitement bien.

La tumeur pèse 1.125 gr. Elle est extrêmement dure,

lisse, présentant tous les caractères macroscopiques d'un fibrome. Elle paraît très nettement constituée par deux lobes égaux, que sépare un sillon profond. Au point présumé, on trouve le testicule sain, inclus dans une cavité vaginale qui envoie dans plusieurs directions des diverticules lisses, irréguliers et prolongés.

La queue de l'épididyme est fortement adhérente aux restes de la tumeur, qui englobe le cordon, de telle sorte qu'il est impossible de le suivre dans son épaisseur.

Les deux lobes sont unis par une coque fibro-conjonctive qui leur est commune, mais sont séparés dans toute l'épaisseur par une scissure profonde.

L'examen microscopique, après durcissement dans l'alcool, dans la gomme et l'alcool, et coloration au picro-carmin, donne les résultats suivants :

La totalité de la tumeur est constituée par du tissu conjonctif qui affecte, en de nombreux points, une forme fasciculée, coupée par des amas de cellules connectives à dispositions variées, à gros noyaux très visibles et de forme indéterminée.

En de certains points, ce tissu offre une densité telle qu'il est très difficile de constater les contours nets des cellules, dont on détermine seulement les noyaux étoilés, de telle sorte qu'il présente une ressemblance notable avec quelques parties des néoplasmes mixtes de la parotide, sans qu'on puisse d'ailleurs découvrir de cellules embryonnaires rameuses ou encapsulées.

Il n'existe aucune trace de kyste. Quelques vaisseaux assez rares sont facilement reconnaissables à leur tunique interne.

Il y a très peu ou pas de fibres élastiques.

Observation VIII

Bruneau et H. Condo de Satriano. — *Revue de Chirurgie*, 1904, p. 108.

M..., Eugène, 45 ans, charretier, couché au lit nº 3 de la salle Saint-Eugène. Dans ses antécédents, nous relevons, comme faits intéressants : un traumatisme local; à 21 ans, une adénite suppurée de l'aîne gauche, consécutive à un coup de pied de mulet. Il entre à l'hôpital le 12 février 1903, pour une tumeur de la région inguinale gauche. Le début de cette affection remonte à six mois.

En août 1902, à la suite de travaux pénibles, il s'aperçut de l'existence, à l'orifice du canal inguinal, d'une tumeur qui avait le volume d'une noix, qui se réduisait facilement et réapparaissait sous l'influence de l'effort et de la toux. En même temps il éprouvait, par intervalles, des coliques et des tiraillements dans la glande séminale correspondante. Croyant à la production d'une hernie, notre malade porta un bandage qu'il ne put tolérer longtemps, à cause des douleurs qu'il lui procurait. Trois mois après l'avoir supprimé, à l'occasion d'un effort, il y eut brusquement issue d'une tumeur assez volumineuse, hors du canal inguinal, dans le scrotum ; et depuis ce moment, il fut impossible au patient de la réduire dans la cavité abdominale. La présence de cette tumeur occasionnait, par intervalles, des coliques ; et tout travail suscitait, en ce point, des douleurs assez vives pour lui faire redouter le moindre effort. Quarante jours après cet accident, M... vient à l'hôpital. Nous trouvons dans l'aîne gauche, une tumeur

à direction oblique de dehors en dedans et de haut en bas, qui s'étend dans le scrotum, et subit une légère impulsion sous l'influence de la toux. A la vue, les téguments sous-jacents présentent un aspect normal ; ils sont souples, lisses et mobiles sur la tumeur ; il n'y a pas de lacis veineux superficiel. A la palpation cette tumeur est dure, de consistance ligneuse, indolente à la pression, non lobulée, sans fluctuation, irréductible. En cherchant le testicule correspondant, on le trouve situé à la partie inférieure de la tumeur, dont on arrive parfaitement à l'isoler; son volume est normal. La percussion révèle de la matité, et la recherche de la translucidité est négative. Ses dimensions apparentes sont : en hauteur, 15 centimètres environ, et 8 centimètres en largeur. Signalons un peu d'hydrocèle, dans la vaginale du côté opposé. Le diagnostic de tumeur du cordon fut posé par notre maître.

Opération le 15 février 1903. — Par une incision oblique, suivant l'axe du canal inguinal et empiétant sur le scrotum, on arrive sur une tumeur englobant les éléments du cordon, laissant le testicule sain. Le canal inguinal est très dilaté ; on l'ouvre pour arriver à l'extrémité supérieure de la tumeur, et nous constatons que celle-ci a contracté quelques adhérences d'une part à la paroi pelvienne, par un pédicule très vasculaire, d'autre part à l'intestin grêle. Ligature en chaînes sur les deux chefs d'adhérences et section au thermocautère. La castration est nécessitée par l'impossibilité de disséquer les éléments du cordon, perdus dans la tumeur. On referme le canal inguinal, dont on suture les piliers à la soie; la réunion est opérée au moyen des agrafes de Michel. Les suites opératoires furent normales ; le malade guérit rapidement. Nous avons eu l'occasion de le revoir cinq mois

après l'intervention, et nous n'avons pas constaté la moindre trace de récidive.

Examen anatomo-pathologique. — La tumeur, ou, pour mieux dire, la partie de la tumeur enlevée au moment de l'opération, présente à peu près l'aspect d'un cône, dont le sommet situé à la partie inférieure adhère à l'épididyme. La base du cône correspondait, chez le malade, au canal inguinal. Les dimensions de la tumeur sont les suivantes : longueur, 12 centimètres ; circonférence à la base, 18 centimètres ; circonférence au sommet, 8 centimètres ; la tumeur pèse 190 grammes. Les éléments du cordon pénètrent par le sommet, se dissocient et, après quelques centimètres, se perdent dans les tissus néoformés. On ne trouve plus alors que quelques petites cavités, à contenu puriforme. Sur une coupe, la tumeur présente une surface de section blanchâtre, tout à fait semblable à celle d'un fibrome.

L'examen microscopique vient pleinement confirmer cette impression donnée par la vue, et montrer que nous avons bien affaire à un fibrome pur et simple. Des coupes ont été colorées, les unes à l'hématoxyline et éosine, les autres à l'hématoxyline et van Gieson. Nous trouvons comme éléments des fibres et des cellules du tissu conjonctif, groupées d'une façon identique à celle du fibrome fasciculé. Il existe quelques vaisseaux dont on distingue les tuniques et d'assez nombreux capillaires. Dans le voisinage des points où le tissu fibreux est creusé de petites cavités, restes du canal déférent, nous trouvons une infiltration assez considérable de globules lymphoïdes. Les capillaires y sont nombreux et dilatés ; il existe même de nombreuses hémorrhagies microscopiques, liées à la rupture de ces capillaires. Nous n'avons pas constaté dans cette tumeur l'existence de fibres musculaires lisses.

Observation IX *(inédite)*

Dr Delassus. — *Résumé : Tumeur du cordon ; castration, hémorrhagie post-opératoire, examen anatomique, fibrome.*

M. H..., âgé de 51 ans, porte, depuis un temps qu'il ne peut préciser, une grosseur de la bourse droite. Elle s'est développée sans le faire souffrir, mais en le gênant légèrement par son poids et son volume, qui s'accentuaient régulièrement mais lentement.

M. H... a toujours eu une bonne santé ; mais il présente du sucre dans les urines depuis quelques années. Au mois de mars 1904, il a eu, à la nuque, un anthrax très grave qui fut traité par de larges incisions, et le tint à la chambre pendant plusieurs mois. Consécutivement à cet accident, il éprouva, dans le bassin et dans le sciatique, des douleurs extrêmement vives, contre lesquelles on employa successivement toutes les médications internes et externes. Le massage méthodique lui fit le plus grand bien, et, au bout de six mois, les douleurs disparaissent. La glycosurie avait disparu.

Durant cette longue période de deux ans, la tumeur testiculaire avait régulièrement augmenté de volume. M. le docteur Delassus l'avait vue, en mars 1904, pour la première fois, il put la réexaminer en 1906. Elle lui parut avoir plus que doublé.

Voici ce que l'examen le plus minutieux peut faire constater :

La peau des bourses est normale, sans adhérences pro-

fondes ; elle glisse partout sur les tissus sous-jacents. Elle n'a pas changé de coloration.

La palpation donne l'impression d'une masse dure, sans bosselures, non douloureuse à la pression. On ne sent pas de fluctuation. Pas de transparence à la partie antérieure ; une partie plus molle fait penser à la présence du testicule. Par en haut, le cordon s'échappe de la tumeur : on le sent plus épais que de coutume. Il n'y a aucun ganglion dans le pli de l'aîne.

La masse a le volume du poing.

Après avoir éliminé les tumeurs liquides, hydrocèle, hématocèle, les abcès tuberculeux, la syphilis, il ne restait qu'un néoplasme qui, avec la lenteur de l'évolution et le maintien d'un bon état général, avait grande chance d'être de nature bénigne. Le diagnostic inclinait manifestement vers un enchondrome.

Malgré cette hésitation, l'ablation de la masse s'imposait et le malade la réclamait d'ailleurs. La disparition de la glycosurie faisait de l'intervention une opération sans gravité réelle.

Elle fut pratiquée à la Maison Saint-Camille, en février 1906, par M. Delassus, avec le concours du Dr Bels et du Dr Derville, qui donna le chloroforme.

Elle fut aussi simple que possible. Le testicule, avec la masse, fut enlevé sans difficulté ; le cordon lié en trois paquets, aussi haut que possible, vers l'anneau inguinal. Les artères furent soigneusement ligaturées et, par surcroît de précaution, un surjet à deux étages affronta les parois de la poche scrotale. Un drain fut placé et finalement la peau suturée au moyen d'agrafes de Michel.

L'opération était terminée vers neuf heures du matin. Le réveil se fit aisément. Vers deux heures de l'après-

midi, l'opéré se sentit comme mouillé sous le pansement. Il fit appeler l'interne, qui n'eut pas de peine à constater une hémorrhagie externe et la formation d'un volumineux hématome scrotal.

M. Delassus, appelé aussitôt, accourut et fit les mêmes constatations que lui.

Sans tarder, il enlève toutes les agraphes et, par l'ouverture, fait sortir un caillot de couleur noire, gros comme les deux poings, sans compter tout ce qui s'est infiltré dans le tissu cellulaire environnant.

Il retrouve ses surjets de catgut ; mais, malgré la plus vive attention, il lui est impossible de découvrir l'origine du sang épanché.

Les ligatures supérieures du cordon sont également vérifiées sans que rien d'anormal puisse s'y déceler.

Ne trouvant rien à lier, M. Delassus fait par précaution passer de part en part, à travers le scrotum, deux surjets en U qui sont serrés sur deux tamponnets de ouate, de façon à supprimer tout espace mort et à exercer une sorte de compression profonde (1). Un drain et les agrafes sont replacés.

Le malade, qui n'était pas endormi, supporta fort bien cette seconde opération. Dans les jours qui suivirent, une grande quantité de liquide coloré s'écoula par le drain dans le pansement, pendant que le sang colorait en bleu-noir toute la région du périnée, et même la région inguinale.

La résorption de toute l'infiltration se fit rapidement, et le malade fut guéri dans les délais normaux pour une telle opération. Il se levait dès le huitième jour, et quittait la maison le quinzième jour, en très bon état.

(1) C'est le procédé décrit dans la *Presse médicale* de Janvier 1906, N° 2.

Le malade est revu huit semaines plus tard. Il reste de l'infiltration une masse qui a assez bien la forme d'un testicule. La santé générale est excellente, et M. H... se déclare fort satisfait d'avoir accepté une opération qui l'a débarrassé, en somme, d'une gêne et d'un souci.

Réflexions. — La description de la tumeur est faite plus loin en détail.

Au point de vue clinique, nous dirons seulement que le diagnostic précis de la nature de la néoplasie eut été bien difficile, puisqu'il s'agit d'une lésion très rare.

La complication post-opératoire que le chirurgien a eu à traiter n'est pas rare dans cette région. On ne saurait trop recommander le traitement radical qui a été suivi : ouvrir largement la région, même si l'hémorrhagie est arrêtée.

On débarrasse ainsi les tissus d'une masse considérable de sang que la nature mettrait un fort long temps à résorber, sans compter les risques d'infection et de suppuration, si faciles en pareille région.

D'ailleurs, la douleur est très minime, puisqu'il n'y a aucune incision à faire, et que le passage des fils d'adossement est très supportable.

Dans l'espèce, nous l'avons dit, la guérison pratique n'en a pas été retardée.

Description de la tumeur. — La tumeur est de forme ovoïde, de consistance dure, régulièrement lisse. Ses dimensions sont :

Circonférence perpendiculaire..	23	centimètres.
— transversale.....	24	—
Diamètre perpendiculaire......	7	—
— transverse grand.....	9	—
— — petit	7	—

Son poids est de 370 grammes.

La peau des bourses est normale, sans adhérences profondes ; elle glisse partout sur les tissus sous-jacents. Elle n'a pas changé de coloration ; pas d'épaississement, pas de dilatation veineuse superficielle.

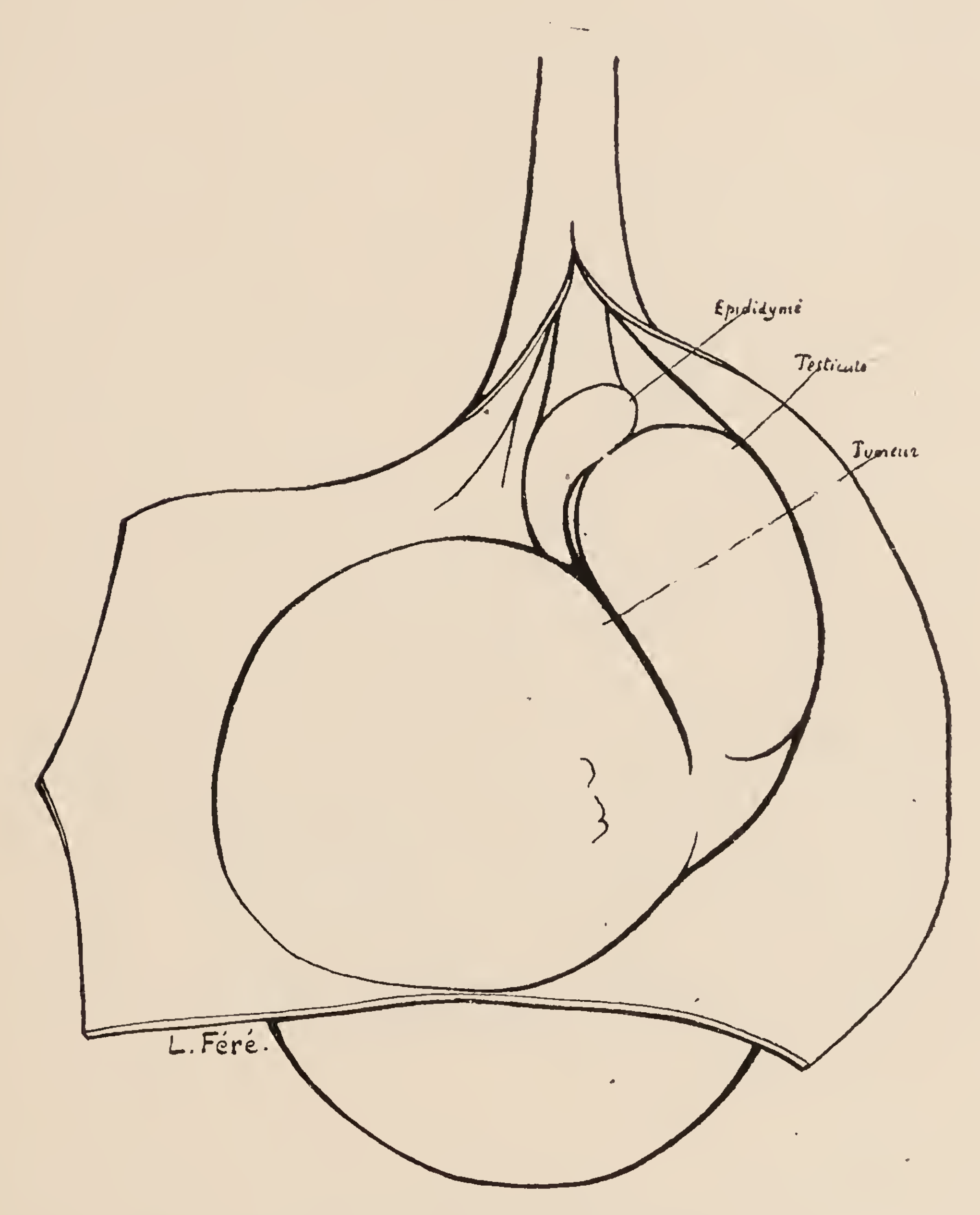


Fig. 1. — Vue de face.

Sur la partie antérieure et supérieure de la tumeur, se trouve le testicule surmonté de l'épididyme.

Les rapports de ces deux organes sont normaux.

Le testicule est de coloration et de consistance normales ;

son volume n'a pas changé ; il est libre dans les 4/5 de son étendue, il est comme enchâssé dans la tumeur par sa face postéro-inférieure et présente avec celle-ci des adhérences.

L'épididyme, situé entre le testicule et la tumeur, semble comme écrasé ; la tête et le corps seuls sont visibles, la

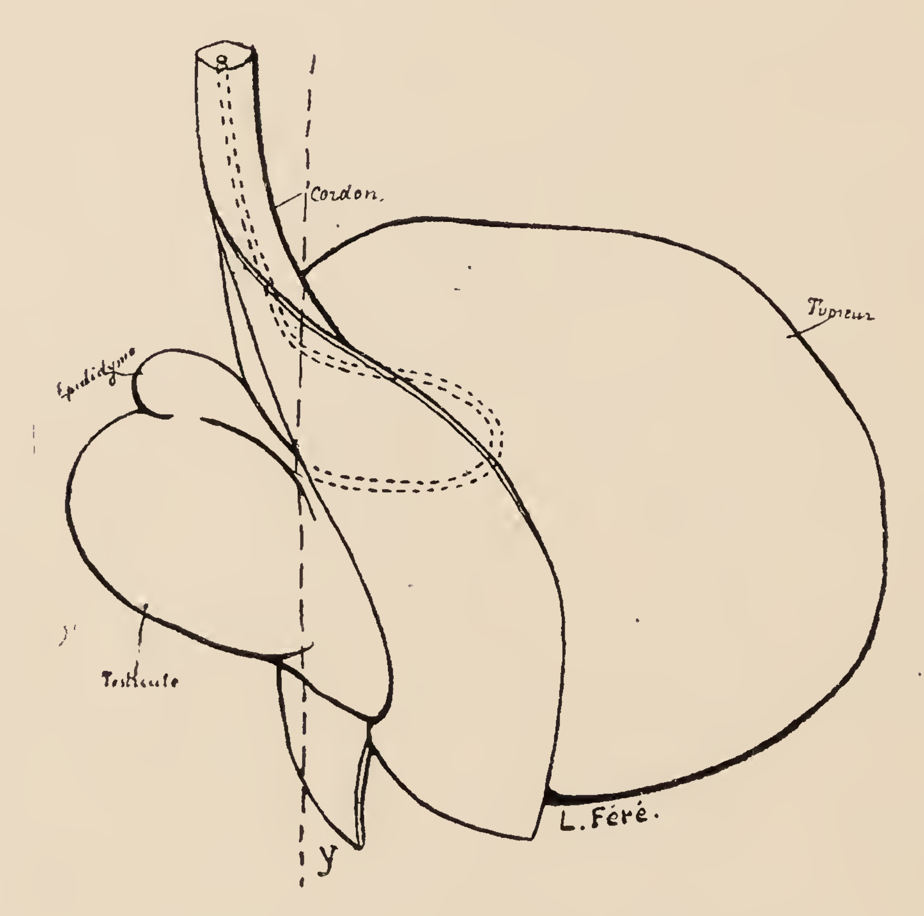


Fig. 2. — Vue de côté.

queue disparaît dans la tumeur, et sur la coupe que nous figurons *(fig. 3)*, elle apparaît avec ses dimensions normales au milieu du tissu fibreux.

La vaginale ne présente plus ses dispositions normales ; en arrière, dans toute l'étendue où le testicule et l'épididyme sont en contact avec la tumeur, la cavité virtuelle que forment les deux feuillets, pariétal et viscéral, a

complètement disparu. Ces deux feuillets sont soudés l'un à l'autre et ne forment plus qu'une membrane épaissie, adhérant en avant avec l'albuginée, en arrière avec la capsule fibreuse qui entoure la tumeur. En avant et sur

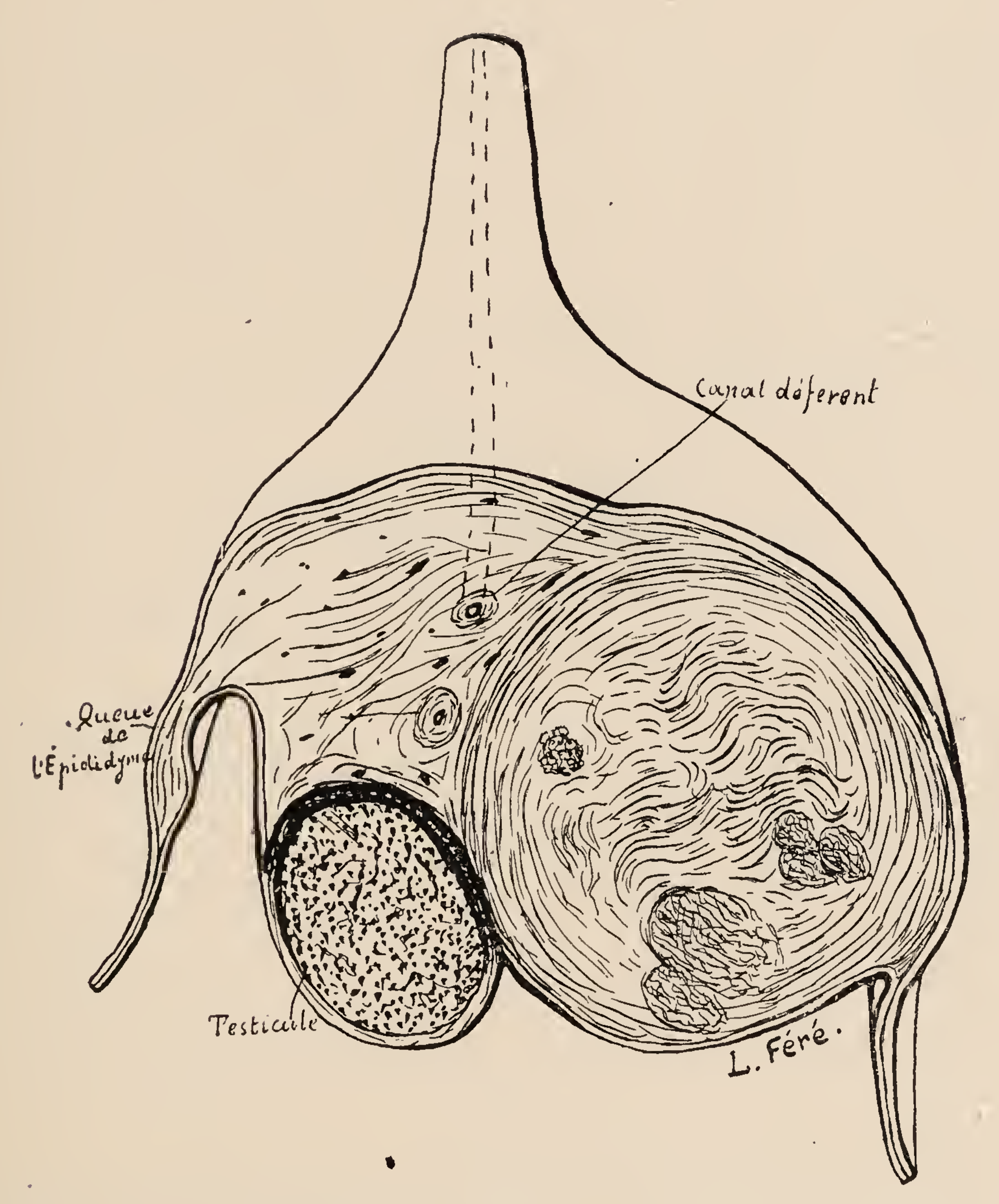


Fig. 3. — Coupe transversale de la tumeur passant par X Y.

les côtés au contraire, la cavité vaginale a augmenté de volume et les deux feuillets sont séparés par un peu de liquide séreux.

Le cordon est augmenté de volume. Arrivé sur la tumeur qu'il aborde par son extrémité supérieure, il se dissocie en ses divers éléments, et le canal déférent pénètre seul dans celle-ci. Nous avons pu le suivre par la dissection à l'intérieur du fibrome pendant quelques centimètres ; mais il nous a été impossible de retrouver son point d'abouchement avec la queue de l'épididyme.

A la section, la tumeur rappelle la structure des fibromes utérins ; elle crie sous le scalpel. Elle est formée d'un tissu blanc-nâcré à fibres concentriques ; dans l'intervalle des fibres, se trouve un tissu de coloration plus foncée. Une capsule fibreuse, épaisse, blanchâtre, l'entoure de toutes parts. A première vue, cette tumeur n'est pas constituée d'une masse unique : à côté d'un noyau principal, qui forme les 4/5 de la tumeur et dans lequel on constate la section de l'épididyme, se trouve un noyau plus petit, dans lequel est située la section du canal déférent.

Examen microscopique. — Le fragment destiné à l'examen microscopique a été choisi en pleine tumeur. Après fixation dans l'alcool absolu et inclusion dans la celloïdine, les coupes ont été pratiquées et colorées à l'hématonyline iodée de Hauser et au picrocarminate d'ammoniaque. Les unes ont été faites perpendiculairement au grand axe du néoplasme, les autres ont été orientées suivant ce même axe.

Au microscope et à un faible grossissement, on voit sur la première série de coupes que l'ensemble de la tumeur est constitué par des faisceaux conjonctifs, épais, denses, tassés les uns contre les autres et, en général, ondulés. Ce tissu conjonctif adulte renferme un assez grand nombre d'éléments cellulaires; il est creusé de fentes intermédiaires

aux faisceaux, dirigées en divers sens, très nombreuses et anastomosées, qni représentent un réseau vasculaire très développé. Le réseau sanguin est vide; les parois vasculaires sont rétractées et, en bien des points, la cavité



Fig. 4. — Coupe microscopique.

des vaisseaux est toute virtuelle. Outre les vaisseaux sanguins, on trouve d'autres cavités, arrondies, isolées ou groupées, qui représentent, ainsi que permet de le vérifier un grossissement plus fort, les restes de lobules adipeux n'ayant pas été complètement détruits par la production fibreuse.

Dans les points où ces lobules adipeux, persistant, ont encore conservé un certain volume, on trouve des artérioles et des veinules vides de sang. Enfin, et toujours au sein de la masse fibreuse, se rencontrent d'autres cavités, canaliculées pour la plupart, à parois adhérant au tissu conjonctif, à revêtement endothélial plat. Ces cavités sont des canaux lymphatiques par leur structure et leur contenu ; on trouve, dans quelques-uns, une masse grumeleuse due à la coagulation de la lymphe et, dans cette masse, des leucocytes. Çà et là, en divers points de la coupe, on trouve des amas cellulaires, condensés, surtout périvasculaires, qui paraissent être des centres d'accroissement plus actifs dans ces points.

Les grossissements plus forts confirment ces premières données : les éléments cellulaires, appartenant soit aux cellules conjonctives, soit aux leucocytes migrateurs, sont nombreux ; par place, on constate l'existence de grandes cellules granuleuses ayant l'apparence de Mastzellen ; il y a peu d'infiltration embryonnaire au voisinage des vaisseaux.

En certains points des coupes, on constate, d'une façon nette, mais cela sur quelques préparations seulement, et en des points limités, de petits faisceaux musculaires coupés plus ou moins suivant leur longueur, et dont le noyau central, allongé en bâtonnet, reproduit l'aspect habituel des noyaux des fibres musculaires lisses.

Sur les coupes de la seconde série, faites parallèlement à l'axe de la tumeur, on voit qu'il s'agit encore de faisceaux de fibres musculaires lisses, qui apparaissent alors coupées suivant leur longueur, et sont ainsi facilement reconnaissables. Il semble bien que le plus grand nombre des fibres musculaires que renferme la tumeur soient dirigées suivant son grand axe dans le sens sui-

vant lequel ont été faites les préparations de la seconde série. En dehors, d'ailleurs, de ce point particulier, l'étude de ces dernières préparations, ne donne lieu à aucune remarque spéciale.

En examinant une série de coupes assez nombreuses, on constate que les faisceaux musculaires de fibres lisses sont irrégulièrement disséminés ; ils sont groupés en petits trousseaux, nombreux sur certaines coupes, rares sur d'autres, mais indépendants des vaisseaux, et sans aucun ordre apparent.

Quelques coupes ont été pratiquées dans un point voisin du canal déférent; il se présente avec ses caractères normaux : son épithélium à cils vibratiles, les couches musculaires à fibres lisses qui entrent dans la constitution de ce canal sont très nettement distincts. Il est inclus en plein tissu fibromateux ; à son voisinage, on trouve des coupes d'artères et de veines à parois musculaires très épaisses. Le tissu conjonctif de nouvelle formation, au sein duquel le canal est inclus, présente un nombre considérable de cellules à gros noyaux, et des éléments fasciculaires peu nombreux, si bien qu'en ce point la coupe présente des caractères qui la font ressembler à un sarcome fuso-cellulaire.

A distance du canal déférent, au contraire, la coupe prend de plus en plus l'aspect du tissu conjonctif adulte; c'est-à-dire que le nombre des cellules, tout en restant assez élevé, diminue graduellement. Dans ces parties centrales, voisines du canal déférent, on ne trouve pas de faisceaux de fibres musculaires lisses.

La conclusion est qu'il s'agit d'un fibro-myome dans lequel l'élément musculaire n'a qu'une part secondaire. Il s'agit surtout d'une tumeur conjonctive développée aux dépens du tissu conjonctif qui entoure le cordon.

ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE

D'après les recherches bibliographiques que nous avons faites, nous n'avons trouvé dans toute la littérature médicale que neuf cas de fibrome du cordon, y compris le nôtre. C'est dire que la tumeur est rare, très rare même. Son existence, qui était niée encore en 1881 par Daniel Molière, ne peut plus être mise en doute aujourd'hui, grâce aux examens microscopiques qui ont été faits.

C'est une affection de l'âge adulte, qui n'a jamais été rencontrée avant quarante ans. Elle se développe surtout de quarante à cinquante ans, même dans un âge plus avancé, puisque notre malade avait dépassé la soixantaine. Si nous prenons successivement toutes les observations où l'âge des malades est mentionné, nous trouvons 49, 52, 45, 57, 45 et 62 ans.

La *pathogénie* de ces tumeurs nous semble être du domaine des hypothèses. Elles se développent vraisemblablement aux dépens du tissu interstitiel, qui réunit les différents éléments du cordon ; mais

pourquoi cette prolifération et cette transformation en tissu fibreux ?

Pour Bruneau et Condo de Satriano, le traumatisme ne serait pas étranger à la formation de la tumeur ; il a été noté chez leur malade et chez celui d'Audry (observations VII et VIII).

Pour Poncet, à propos du malade d'Audry, « il est très vraisemblable que le fibrome se soit développé aux dépens du tissu cellulaire périididymaire qui se sclérose et s'indure si facilement chez les porteurs de vieilles hydrocèles, et les convalescents d'épididymite ordinaire.

Laquelle choisir de ces deux hypothèses ? Nous n'en choisissons aucune, ou plutôt nous les admettons toutes les deux, mais avec une extrême réserve ; et nous pensons que, pour le cordon comme pour les autres parties du corps, le fibrome se développe sans que nous puissions donner de raison qui satisfasse complètement l'esprit.

Nous constatons le fait, voilà tout.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Le fibrome du cordon est unique, sauf dans le cas de Fergusson et dans celui d'Andry où la tumeur était double. Ses dimensions sont variables. Dans la plupart de nos observations, la tumeur au moment de l'opération avait acquis le volume d'un gros poing ; il n'en a pas toujours été de même : dans l'observation de Dubois, d'Abbeville, le fibrome avait seulement le volume d'un gros œuf d'oie ; dans celle de Fergusson, comme il le dit lui-même : « la tumeur était extrêmement volumineuse ». Le poids varie naturellement avec le volume de la tumeur ; celle de Bruneau et Condo pesait 190 grammes, celle d'Andry, 1.125 grammes, la nôtre, 370 grammes.

Le siège de la tumeur n'est pas constant ; si nous divisons le trajet du cordon spermatique en deux parties : la première qui s'étend de la queue de l'épididyme à l'orifice externe du canal inguinal et que nous appelons partie scrotale ; la seconde qui comprend tout le trajet du canal inguinal et que

nous appelons partie inguinale, nous constatons que la tumeur siège beaucoup plus souvent sur la portion scrotale que sur l'autre portion, dans la proportion de 8 sur 9. Dans une seule observation, celle de Bruneau et Condo de Satriano, elle a débuté dans le canal inguinal.

Quel que soit le point de départ, il est toujours possible de retrouver le cordon. Si la tumeur se développe dans les bourses, elle laisse libre la plus grande partie du cordon qui l'aborde par son extrémité supérieure ; il est facile de le reconnaître. Si la tumeur est trop volumineuse et ne peut se loger dans les bourses, elle remonte vers la partie supérieure jusqu'à l'orifice externe du canal inguinal, comme dans l'observation de Fergusson. Le cordon, dans ce cas, est plus difficile à trouver; il faut le chercher au pourtour de la tumeur. Exceptionnellement, la tumeur prend naissance dans le canal inguinal, mais n'y reste pas cantonnée. Elle sort à la façon d'une hernie sous l'influence de l'effort et de la toux, se réduit facilement jusqu'au moment où toute réduction devient impossible, par suite de son énorme développement. C'est ici, à la partie inférieure, que nous pourrons retrouver le cordon. Dans le cas de Dubois, d'Abbeville, le cordon a pu être reconnu à son entrée et à sa sortie de la tumeur.

Le développement de la tumeur se fait d'une façon régulière, mais très lentement ; elle met plusieurs années à acquérir le volume du poing. Elle

est indolore spontanément ou à la pression. Elle ne détermine aucun trouble fonctionnel; mais il peut arriver un moment où le coït devient difficile, même impossible, par suite du développement énorme qu'a pris la tumeur. Les phénomènes de gêne et de pesanteur, que l'on a notés chez la plupart des malades, sont des phénomènes d'ordre physique qui sont occasionnés par le poids de la tumeur, et que l'on pourrait faire disparaître par le port d'un suspensoir.

Macroscopiquement, la tumeur se présente sous l'aspect d'une masse régulièrement arrondie, complètement lisse, dure, de consistance ligneuse, sans fluctuation, sans transparence, sans adhérences à la peau du scrotum, qui présente son aspect normal, sans lacis veineux superficiel, sauf dans le cas d'Aubry, où « la peau était sillonnée de grosses veines. » Elle est entourée d'une capsule fibreuse, dense, épaisse, qui l'isole complètement des organes voisins.

Le testicule et l'épididyme sont sains : ils ont conservé leurs dimensions et leur consistance normales. Ils sont accolés contre la tumeur et contractent assez souvent avec elle des adhérences. Leur situation, par rapport à la tumeur, est variable ; ils sont situés tantôt en avant, tantôt à la partie inférieure, tantôt à droite ou à gauche du fibrome.

Le cordon est le plus souvent augmenté de volume ; arrivé sur la tumeur, il se dissocie en ses divers éléments ; le canal déférent seul s'enfonce dans celle-ci. On peut le suivre pendant quelques centi-

mètres, par la dissection, à l'intérieur du néoplasme ; le plus souvent, après un trajet plus ou moins long, il disparaît, et il est impossible de trouver son abouchement avec la queue de l'épididyme.

A la coupe, ces tumeurs se présentent sous l'aspect d'un tissu blanc-nacré, sec, dur, criant sous le scalpel, à fibres concentriques ou entrecroisées. Le râclage ne ramène aucun suc. Dans l'intervalle des faisceaux fibreux se trouve un tissu de coloration plus foncée. La surface de section présentait, dans le cas de Bruneau et Condo de Satriano, des cavités kystiques à contenu puriforme.

Au microscope, l'ensemble de la tumeur est constitué par des faisceaux conjonctifs épais, tassés les uns contre les autres, en général ondulés, disposés d'une façon concentrique ou entrecroisés. Ce tissu conjonctif renferme des éléments cellulaires en nombre très variable.

La vascularisation n'est pas la même dans tous les cas. A côté des vaisseaux sanguins se trouvent des *canaux lymphatiques* que l'on reconnaît à leur structure et à leur contenu ; ils renferment, en effet, une masse grumeleuse, due à la coagulation de la lymphe, et dans cette masse on trouve des leucocytes.

Les vésicules graisseuses sont en plus ou moins grand nombre.

Le fibrôme du cordon peut subir, comme dans toutes les autres parties du corps, des dégénérescences diverses qui sont la transformation muqueuse, séreuse, graisseuse et même calcaire.

Cette tumeur, bénigne de sa nature, peut subir l'évolution sarcomateuse ; elle peut être frappée d'inflammation, de gangrène.

Le développement du fibrome se fait sans retentissement sur l'état général, ni sur le système ganglionnaire.

Nous avons vu, au point de vue histologique, les différents éléments qui entrent dans la constitution du fibrome. Se présentent-ils toujours dans les mêmes proportions ?

Si nous relisons l'étude microscopique des différentes observations que nous possédons, toutes sont unanimes à reconnaître l'abondance des fibres conjonctives et l'absence du tissu élastique.

Quant aux éléments cellulaires, leur quantité est variable. Nulle part ils ne sont aussi nombreux que dans notre observation. Cette abondance tient probablement à ce que la tumeur n'avait pas acquis ses proportions définitives. Elle était encore en voie d'accroissement et aurait acquis un volume beaucoup plus considérable peut-être, si l'opération avait été retardée.

La vascularisation, tantôt riche, tantôt pauvre, varie d'une observation à l'autre. De même le nombre des cavités lymphatiques. Quant aux vésicules adipeuses, elles existent toujours en très grand nombre.

Il nous reste à parler d'un point intéressant. Quels sont, parmi les éléments du cordon, ceux qui donnent naissance à la tumeur?

Voyons d'abord ce qu'on entend par cordon, et quels sont les éléments qui entrent dans sa composition?

D'après Testut, on désigne en anatomie topographique, sous le nom de cordon spermatique, l'espèce de pédicule auquel se trouve suspendu le testicule. Il comprend le canal déférent, des veines et des artères, le tout réuni par un tissu conjonctif, reste du canal vagino-péritonéal, et entouré d'une membrane fibreuse. Il a comme limite, à la partie supérieure, l'orifice interne du canal inguinal; à ce niveau, ses divers éléments se dissocient pour suivre, dans la cavité abdomino-pelvienne, un trajet différent pour chacun d'eux.

Autour de la membrane fibreuse, se trouvent les quatre couches que l'on rencontre au niveau des bourses : crémaster, couche celluleuse, dartos et peau. Ces enveloppes s'arrêtent au niveau de l'orifice externe du canal inguinal, dans lequel le cordon pénètre seul.

Ceci étant posé, d'où vient la tumeur? Jusqu'à présent, on a considéré le tissu conjonctif, qui réunit les différents éléments du cordon, comme étant le point de départ du fibrome. Nous partageons cet avis et nous pensons que ce dernier tissu est seul en cause.

En effet, si les enveloppes intervenaient dans la formation de la tumeur, il aurait été impossible de les isoler, comme dans l'observation de Dubois, d'Abbeville; pourquoi, d'un autre côté, la tumeur

aurait-elle débuté à l'intérieur du canal comme dans l'observation de Bruneau et Condo de Satriano, puisque à ce niveau les enveloppes manquent, le cordon étant réduit au canal déférent, à ses vaisseaux réunis par le tissu conjonctif, et à son enveloppe fibreuse? Une tumeur ne peut pas prendre naissance aux dépens d'un tissu là où ce tissu n'existe pas. Enfin, les éléments du tissu conjonctif que nous trouvons dans le fibrome, sont une dernière preuve que cette néoplasie est formée aux dépens de ce tissu.

La capsule fibreuse, qui entoure la tumeur, n'est peut-être pas autre chose que la membrane qui entoure le cordon. Sous l'influence de l'irritation produite par le développement de la tumeur, cette membrane s'est épaissie, elle s'est accolée au néoplasme auquel elle adhère intimement et s'est développée au fur et à mesure que celui-ci grandissait.

SYMPTOMES

Ordinairement, le premier signe de l'affection qui apparaisse est la présence d'une tumeur, que le malade découvre par hasard ou parce qu'elle détermine un peu de gêne ou de pesanteur du côté des bourses. Ou bien, comme dans le cas cité par Bruneau et Condo de Satriano, si la tumeur occupe primitivement l'intérieur du canal inguinal, elle peut apparaître brusquement à la suite de grandes fatigues ou de travaux pénibles, à la façon d'une hernie, se réduire facilement si son volume n'est pas trop considérable, et réapparaître sous l'influence de l'effort ou de la toux.

Cette tumeur qui, pendant un temps plus ou moins long, s'était développée sans se manifester par aucun signe, ne tarde pas à déterminer, par son poids même, une sensation de gêne et de pesanteur qui n'est pas sans inquiéter le malade. Il n'est pas rare de constater à ce moment des phénomènes douloureux, dus probablement à un tiraillement du cordon ou à de la funiculite occasionnée par la pré-

sence de la tumeur, ou bien encore à la compression des nerfs qui innervent le cordon.

C'est alors seulement que le malade se décide à consulter un médecin. Il ne peut, le plus souvent, fixer le début de son affection, qui remonte à plusieurs années. Dès qu'il s'en est aperçu, la tumeur avait les dimensions d'une noisette, d'une noix ; depuis elle a grossi lentement, mais d'une façon régulière. Son évolution a été complètement indolore.

A la vue, le scrotum est augmenté de volume ; les téguments présentent leur aspect normal, sans changement de coloration, sans dilatation veineuse superficielle ; ni chaleur, ni douleur.

A la palpation, la peau des bourses est souple, mobile sur la tumeur, avec laquelle elle n'a contracté aucune adhérence. Les symptômes fonctionnels sont nuls, sauf cependant la difficulté ou l'impossibilité du coït, phénomènes d'ordre purement physiques, consécutifs à l'énorme développement qu'a pris la tumeur.

Cette tumeur est régulière, de forme arrondie, lisse, ne présentant ni transparence, ni fluctuation ; elle est dure, de consistance ligneuse, indolore spontanément ou à la pression, indépendante du testicule et de l'épididyme. Ces organes sont sains ; ils occupent une place variable par rapport à la tumeur, tantôt en avant, tantôt sur le côté ou en bas. Le testicule se reconnaît à ses dimensions normales, à sa consistance mollasse, comparativement à la dureté de la tumeur et à la douleur que

l'on peut provoquer par la pression. L'épididyme coiffe le testicule et peut conserver avec lui ses rapports normaux ; il est, le plus souvent, écrasé entre ce dernier organe et la tumeur.

La vaginale renferme presque toujours un peu de liquide, quelquefois assez abondant pour égarer le diagnostic et cacher la présence de la tumeur au début.

Le cordon est ordinairement augmenté de volume et reconnaissable facilement à son entrée ou à sa sortie de la tumeur.

Malgré la longue évolution de l'affection, l'état général du malade est excellent ; le système ganglionnaire ne présente aucune lésion inflammatoire.

DIAGNOSTIC

Le fibrome du cordon n'est pas une affection qui s'impose à première vue, et nous n'avons point de signe pathognomonique qui nous permette de le reconnaître. Il demande à être recherché, et son diagnostic présente des difficultés sérieuses. Les causes d'erreur sont nombreuses; c'est par un examen attentif et minutieux, et le plus souvent par exclusion, que nous pourrons arriver au diagnostic de fibrome. Nous allons passer en revue toutes les affections de la région, et nous donnerons à chacune les caractères essentiels qui permettront de la reconnaître ; mais auparavant, il nous semble utile d'indiquer quelques caractères généraux, qui nous serviront comme éléments de diagnostic.

Voyons d'abord le siège de la tumeur. Ce signe n'aura véritablement de valeur, que si le malade est examiné au début de son affection, ou bien si nous pouvons, par l'interrogatoire, retrouver son siège primitif. Supposons ce point de départ reconnu, nous pouvons alors diviser les tumeurs, en tumeurs abdo-

minales, pariétales, inguino-interstitielles, funiculaires et scrotales.

Nous appelons abdominales les tumeurs qui viennent de la cavité abdominale ; pariétales, celles qui se forment dans la paroi du canal inguinal ; inguino-interstitielles, celles qui sont contenues à l'intérieur du canal inguinal ; funiculaires, celles qui se forment aux dépens du cordon ; et scrotales, celles qui se forment dans les bourses.

Un autre signe qu'il ne faut pas négliger, c'est la marche de la tumeur.

Les unes ont une marche descendante : elles se développent de haut en bas ; elles prennent naissance au niveau de l'orifice interne du canal inguinal et peuvent gagner dans la suite les bourses ; ce sont les tumeurs abdominales, pariétales et inguino-interstitielles.

Les autres ont une marche ascendante : elles se développent de bas en haut ; limitées au scrotum d'abord, elles peuvent gagner l'orifice externe du canal inguinal, ce sont les tumeurs funiculaires et les tumeurs scrotales.

Ceci étant acquis, étudions en détail les différentes variétés de tumeurs que nous avons données.

Tumeurs abdominales. — Il y a des tumeurs gazeuses et solides.

Diagnostic des tumeurs gazeuses. — Les tumeurs **gazeuses** sont les *hernies*. Nous trouvons, dans la définition même de la hernie, les caractères qui nous

permettront de la différencier des autres tumeurs de la région. Ce sont des tumeurs fermes, élastiques, sonores à la percussion, réductibles. Le malade nous apprend que la tumeur sort quand il est debout ou qu'il fait des efforts, qu'elle rentre dès qu'il est dans la position horizontale. En pressant vous-même à la surface, vous la faites disparaître, et souvent vous provoquez un bruit de gargouillement. La hernie, par suite d'étranglement, peut devenir tout à coup irréductible ; le diagnostic, dans ce cas, sera facile ; nous verrons apparaître tous les signes de l'étranglement herniaire et les symptômes généraux qui l'accompagnent.

Diagnostic des tumeurs solides. — Si au lieu d'une entérocèle, nous avons affaire à une *épiplocèle*, la tumeur est solide. Nous avons encore ici des caractères bien tranchés pour faire le diagnostic. La consistance de la tumeur est molle, pâteuse, sans sonorité à la percussion, réductible, mais la réduction s'opère ici avec un bruit de frottement qui n'a rien de comparable avec le gargouillement.

L'épiplocèle peut s'enflammer, devenir irréductible et contracter des adhérences avec le cordon ou avec le sac ; elle devient alors une épiploïte. Comment distinguer cette lésion d'une tumeur du cordon ?

Distinguons d'abord l'*épiploïte chronique* de l'épiploïte aiguë. La première forme se rencontre avec les hernies volumineuses. On observe une tuméfaction mollasse, inégale, s'affaissant sous le doigt, souple par places, dure en d'autres, et pré-

sentant, à sa partie déclive en général, une masse bosselée et moins mobile que le reste de la tumeur. La réduction de la tumeur n'est plus que partielle, bien que l'orifice inguinal soit libre. La palpation du ventre permet parfois de sentir l'épiploon qui est tendu et qui donne à la main la sensation que VELPEAU avait désignée sous le nom de corde épiploïque.

Si l'*épiploïte* est *aigüe*, ce qui est rare, la brusquerie du début, les phénomènes locaux très douloureux qui accompagnent ces transformations nous permettraient de faire le diagnostic de l'épiploïte, qui fait penser à l'étranglement.

De plus, dans l'un ou l'autre cas, nous apprendrons que cette tumeur était réductible au début et qu'elle l'est restée longtemps ; elle est plus indépendante des éléments du cordon que les tumeurs propres à cet organe ; elle n'augmente pas de volume progressivement et possède un prolongement qui va se perdre dans la cavité abdominale.

Tumeurs pariétales. — Les tumeurs pariétales ne présentent rien de particulier en cette région ; on peut y rencontrer les mêmes variétés que dans les autres parties du corps ; mais les deux formes les plus fréquentes sont le fibrome et le lipome. Elles se distinguent des tumeurs du cordon par leur mobilité et leur indépendance des tissus sous-jacents.

Tumeurs inguino-funiculaires. — Les tumeurs inguino-funiculaires se divisent en tumeurs liquides

et en tumeurs solides. Les premières sont les kystes sacculaires et les kystes du cordon. Les secondes comprennent toutes les variétés de tumeurs solides du cordon.

Nous étudierons seulement ici les kystes sacculaires ; quant aux autres tumeurs du cordon, elles présentent les mêmes caractères, que le développement se fasse dans la partie inguinale, ou dans la partie scrotale, et nous renvoyons le lecteur au paragraphe qui traite des tumeurs funiculaires.

Les kystes sacculaires se présentent sous forme de tumeurs molles, fluctuantes, indolores, mates à la percussion, à développement lent ; si le malade nous apprend que la formation du kyste a été précédée d'une hernie, nous devrons penser à un kyste sacculaire.

Tumeurs scrotales. — Nous diviserons les tumeurs scrotales, suivant qu'elles sont formées aux dépens du testicule ou de la vaginale, en tumeurs testiculaires et paratesticulaires.

Diagnostic des tumeurs testiculaires. — Toutes les tumeurs formées aux dépens du testicule, la maladie kystique mise à part, sont des tumeurs solides. Elles se divisent, suivant leur nature, en tuberculeuses, syphilitiques, inflammatoires ou néoplasiques. Cette dernière variété comprend, au point de vue anatomo-pathologique, deux subdivisions : l'épithélioma et les tumeurs mixtes. Quelle que soit la

variété qui s'offre à nous, il nous sera toujours possible de reconnaître son origine testiculaire.

En effet, le testicule ne présente plus ni sa forme, ni ses dimensions normales. La glande est remplacés par une masse plus ou moins volumineuse, plus ou moins dure, ne donnant plus à la pression la sensibilité que nous trouvons si la glande est saine, sauf dans le cas de tumeur inflammatoire, où cette sensibilité est fortement exagérée.

Tumeurs paratesticulaires. — Les tumeurs paratesticulaires sont celles qui offrent le plus de difficultés. Nous y trouvons seulement des tumeurs liquides : l'hydrocèle, l'hématocèle et les kystes spermatiques.

Diagnostic de l'hydrocèle. — Nous ne parlerons pas ici de cette *hydrocèle* encore en voie de formation ou très récente dont le diagnostic est facile ; la fluctuation que présente la tumeur, sa transparence, la position du testicule, qui révèle sa présence par une côte dure, sans rénitence, où une pression énergique éveille une douleur accablante, à la partie postéro-inférieure de la tumeur, nous permettront facilement d'arriver au diagnostic.

Mais la lésion est de date ancienne ; la vaginale est fortement distendue, au point que la fluctuation est difficile ou impossible à obtenir ; les parois sont fortement épaissies, ne laissent plus passer les rayons lumineux et empêchent la recherche du testicule ; une seule ressource nous reste, c'est la

ponction avec une seringue de Pravaz qui donnera écoulement à un liquide séreux citrin.

Diagnostic de l'hématocèle. — S'il s'agit d'une *hématocèle*, nous trouvons souvent au début un traumatisme ; c'est à la suite de ce traumatisme que la tumeur a commencé et s'est développée par poussées successives. Elle est de volume moyen, pyriforme et arrondie, unie, sans bosselures, élastique, fluctuante, opaque, avec la glande refoulée en arrière. Le diagnostic est quelquefois difficile et, un bon moyen d'arriver au diagnostic, serait la ponction exploratrice. Mais comme le dit Tillaux, cette ponction n'est pas sans danger. « La tumeur qui, jusque-là, avait été indolente, s'enflamme presque toujours à la suite de la ponction, peut passer à la suppuration, et partant, devient douloureuse; aussi, lorsqu'on se décide à faire une ponction exploratrice, il faut être prêt à pratiquer l'opération radicale, car elle deviendra nécessaire dans un bref délai ».

Diagnostic du kyste spermatique. — Une autre tumeur liquide, à laquelle nous devons penser, c'est le *kyste spermatique.* C'est une tumeur ordinairement sphérique, lisse, régulière, rénitente, transparente, indolore, d'un volume variant entre la grosseur d'une noix et celle d'un œuf de pigeon. Son développement est insidieux, mais elle peut subir un accroissement rapide à la suite d'une violence, ou se transformer en hématocèle spermatique. La forme de la tumeur est un signe précieux, le testicule est

situé à la partie inférieure, et l'ensemble représente, suivant l'expression classique, la forme d'une brioche renversée. Un autre signe différentiel, pathognomonique, d'après Tillaux, servira à faire le diagnostic de cette lésion : « Explorez avec soin », dit-il, « la partie inférieure de la tumeur, vous trouverez un léger relief, et en pressant sur cette saillie, vous lui imprimez de petits mouvements de locomotion sur la masse principale, car le testicule glisse dans la tunique vaginale, qui l'enveloppe comme d'usage. Lorsque ce signe est bien constaté, affirmez qu'il s'agit d'une hydrocèle enkystée ».

Le diagnostic peut encore se compléter par la ponction qui donnera issue à un liquide savonneux contenant des spermatozoïdes.

Tumeurs funiculaires. — Restent à envisager les tumeurs funiculaires : ici encore nous trouvons des tumeurs liquides (kystes du cordon) et des solides.

Diagnostic des kystes du cordon. — Les kystes du cordon occupent ou bien la partie inguinale ou la partie scrotale du cordon. Les premiers sont plus fréquents chez les enfants. Ils se présentent sous forme de tumeur ordinairement de petit volume, ne dépassant guère celui d'un œuf de pigeon, arrondie, régulière à sa surface, rénitente, indolente et offrant une marche essentiellement chronique. La fluctuation est difficile à obtenir, en raison de la tension de la poche et de ses faibles dimensions. On peut y découvrir quelquefois de la transparence ; mais le

plus souvent il faudra avoir recours à la ponction exploratrice, qui donnera issue à un liquide savonneux.

Diagnostic des tumeurs solides du cordon. — Les tumeurs solides du cordon présentent de nombreuses variétés et, suivant leur nature, elles sont inflammatoires, syphilitiques, tuberculeuses ou néoplasiques.

La *funiculite* est une inflammation du cordon : elle succède à un traumatisme violent, à la blennorrhagie, au rhumatisme ; mais quelle que soit son origine, elle se caractérise par l'acuité des symptômes et par la tendance à la suppuration.

La *syphilis funiculaire* est une affection rare qui présente un aspect caractéristique. Le cordon augmente de volume, s'indure, devient rigide comme une baguette de fusil, et des renflements variables s'échelonnent sur son trajet. Il faudra pour arriver au diagnostic s'aider des commémoratifs, rechercher si le malade ne présente point, en d'autres régions du corps, des lésions de même nature, et s'aider quelquefois du traitement d'épreuve.

La *tuberculose du cordon* paraît plus facile à reconnaître : la lésion siège de préférence sur le canal déférent, qui présente des renflements successifs dont le volume peut atteindre la grosseur d'un œuf de pigeon. Ces renflements donnent au cordon un aspect moniliforme. Rarement la tuberculose du cordon est primitive; elle débute ordinairement par le testicule ou l'épididyme et s'accompagne de

lésions concomitantes du côté de la vésicule et de la prostate.

Quant aux *tumeurs néoplasiques*, les unes sont de nature bénigne : lipomes, fibromes, myxomes et enchondromes ; les autres de nature maligne : sarcome et cancer.

Comment, au point de vue clinique, distinguer ces différentes tumeurs ? Les signes qui nous permettront de porter un diagnostic sont surtout tirés des caractères de consistance, de la marche de la tumeur et de son retentissement sur l'état général.

Le lipome se distinguera par sa consistance mollasse, par son aspect lobulé, son développement lent et progressif, son volume énorme.

Le myxome tient le milieu entre le lipome et le fibrome comme consistance. Son développement est lent.

Si nous avons affaire à une tumeur qui s'est développée rapidement, a acquis en peu de temps un volume énorme, si sa consistance est dure, si l'état général est atteint, c'est un sarcome.

Si la tumeur est un cancer, nous aurons les douleurs qui accompagnent l'évolution de tous les cancers. Cette évolution sera rapide avec retentissement sur l'état général et le système ganglionnaires. Fait remarquable et qui peut paraître paradoxal, le cancer est plus fréquent chez les sujets jeunes que chez les vieillards et les adultes.

L'enchondrome ne se distingue du fibrome que par le microscope.

Comme on le voit, on arrive au diagnostic de fibrome par exclusion. Nous n'avons pas la prétention d'établir des règles absolues et fixes du diagnostic de cette tumeur. Bien des praticiens seront embarrassés en présence d'un néoplasme du cordon, et bien souvent l'examen clinique devra se compléter de l'examen microscopique pour affirmer la nature de la néoplasie.

PRONOSTIC ET TRAITEMENT

Le pronostic des fibromes du cordon est bénin ; mais il ne faut pas oublier, et ceci assombrit considérablement le pronostic, que ces tumeurs peuvent subir diverses transformations. Le fibrome peut se transformer en sarcome, en cancer, être frappé d'inflammation ou de gangrène, et dans ce cas, le pronostic est celui des tumeurs malignes.

Traitement. — Le malade est vu au début de son affection ; la tumeur est petite et ne le gêne presque pas : on peut conseiller le port d'un suspensoir.

La lésion date de plusieurs années ; elle a acquis un développement considérable ; elle est pour le malade une cause de gêne et de soucis ; que faire alors ? Ou bien la castration, ou bien l'ablation de la tumeur, avec conservation de la glande.

Déjà, en 1854, Lenoir avait discuté cette question devant la Société Anatomique de Paris, et avait conclu à la castration, si le testicule n'est pas isolable, à la conservation de la glande, dans le cas contraire.

Nous voici au moment de l'opération. Le malade

est endormi, l'incision scrotale est terminée, nous avons sous les yeux la tumeur. A côté d'elle, nous trouvons la glande complètement saine, avec ses dimensions, sa coloration et sa consistance normales ; mais elle a contracté avec la tumeur des adhérences profondes, il est impossible de l'en isoler. Il faut, dans ce cas, faire la castration, enlever la tumeur et la glande.

Au contraire, la glande est normale ; elle est accolée à la tumeur, mais ne présente avec elle aucune adhérence. Que faire dans ce cas ?

Nous croyons utile, avant de tirer une conclusion, de rappeler comment se fait la nutrition du testicule. Nous trouvons dans le cordon trois artères : la déférentielle, la funiculaire et la spermatique. Cette dernière occupe la partie antérieure du cordon, seule elle aborde le testicule et le nourrit. Supposons cette artère facilement isolable, n'hésitons pas, disséquons-la et laissons le testicule en place.

Au contraire, la glande ne présente aucune adhérence avec la tumeur ; mais il est impossible de retrouver l'artère spermatique et encore moins de l'isoler, il faut faire la castration ; il est inutile de laisser dans les bourses un organe qui sera frappé de mort, à bref délai, par défaut de nutrition.

Ce testicule, laissé en place, sera un organe perdu au point de vue de la fonction de reproduction ; mais n'oublions pas qu'il est un organe de sécrétion interne, fonction qu'il pourra continuer et dont le malade retirera tout le bénéfice.

Nous ne conseillons cependant pas trop cette conduite, si l'autre testicule est sain, car, vu l'âge des malades atteints de fibrome, les aptitudes génitales sont considérablement amoindries chez eux, et le testicule restant suffira à la sécrétion interne.

Avant de se décider à l'opération sanglante, on pourrait essayer le traitement par les rayons X. Ce traitement donnerait peut-être des résultats et nous verrions, sous son influence, la tumeur rétrocéder et disparaître. C'est une hypothèse que nous émettons et que nous ne pouvons discuter faute d'application.

CONCLUSIONS

I. — Le fibrome du cordon est une tumeur rare (9 cas connus).

II. — Elle se développe lentement, mais d'une façon régulière, sans retentissement sur l'état général, ni sur le système ganglionnaire.

III. — Un seul traitement est possible : l'ablation de la tumeur avec ou sans le testicule, suivant les cas.

VU :

Pr le Doyen,

L'Assesseur,

Dr CHARMEIL.

BON A IMPRIMER :

Le Président de la thèse,

Dr CURTIS.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

A Lille, le 31 Janvier 1907.

Le Recteur de l'Académie,

G. LYON.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

1846. Velpeau. — Dictionnaire en 30 volumes, t. XXIX, p. 486.

1848. Malgaigne. — Tumeurs du cordon. (Thèse de Paris.)

1854. Lenoir. — *Bulletin de la Société Anatomique de Paris* (1854-1855, page 244).

1854. Letiévant. — *Mémoires et comptes-rendus de la Société des Sciences Médicales de Lyon*, p. 124 et 126.

1856. Fergusson. — *The Lancet*, t. II, p. 11 (une observation).

1857. Curling. — Traité des maladies du testicule, du cordon spermatique et du scrotum. Traduit et annoté par Gosselin.

1858. Poirson. — Tumeurs fibreuses périddidymaires. (Thèse Paris.)

1864. Dubois. — *Gazette des Hôpitaux*, page 47. Pièce présentée à la Société de Chirurgie par Verneuil.

1865. Louvet. — *Bulletin de la Société Anatomique*. Tumeur de l'épididyme, page 508.

1865. Hayem. — *Bulletin de la Société Anatomique de Paris*, page 520.

1877. Tizzoni et Parona. — (*Annali universali de med. e chirurgie*, volume CXXXIX, et Schmits Jahrb, volume CLXXXII, page 22.) Tétanos après ablation d'un fibro-lipome du cordon.

1881. Daniel Molière. — Dictionnaire en 30 volumes, 3e série, t. XI, article Cordon spermatique.

1884. Broissard. — *Archives générales de Médecine.* Tumeurs solides du cordon spermatique.

1887. Audry. — *Gazette des Hôpitaux*, p. 478 (une observation).

1887. Monod et Terrillon. — Traité des maladies du testicule et de ses enveloppes.

1887. Alombert Goyet. — Thèse de Lyon. Tumeurs solides du cordon.

1897. Deroyer. — Thèse de Paris. Tumeurs solides du cordon.

1903. Monod. — *Bulletin de la Société de Chirurgie*, page 1039. Une observation de tumeur du cordon.

1904. Bruneau et Condo de Satriano. — *Revue de Chirurgie*, page 108. Fibromes du cordon.

Duplay et Reclus. — Traité de chirurgie.

Le Dentu et P. Delbet. — Traité de chirurgie.

Tillaux. — Chirurgie clinique.

Testut. — Traité d'anatomie.

Brissaud-Pinard-Reclus. — Pratique médico-chirurgicale, t. VI, article Testicule.
